

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1918-1919 — N° 9

LES

PLAIES DE GUERRE DE LA PROSTATE

AVEC PROJECTILES INCLUS

— • • • —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 11 Septembre 1919

PAR

FAUCHERY Charles

Né à Pont-d'Ain (Ain), le 20 mai 1885



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, rue Rachais, 8

—
1919

ROYAL DE L'UNIVERSITE DE LYON
BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

UNIVERSITE DE LYON
BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

ROYAL DE L'UNIVERSITE DE LYON

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE

LES

PLAIES de GUERRE de la PROSTATE

AVEC PROJECTILES INCLUS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0058

LES
PLAIES DE GUERRE DE LA PROSTATE
AVEC PROJECTILES INCLUS

— • • —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 11 Septembre 1919



PAR

FAUCHERY Charles

Né à Pont-d'Ain (Ain), le 20 mai 1885



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES
8, rue Rachais, 8

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	BÉRARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique, radiographie et physiothérapie	}	LEPINE (J.).
Chimie biologique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		X...
Anatomie pathologique	}	DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	}	X...
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X...
Pharmacologie	}	ÉTIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.)
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et Médecine professionnelle	X...,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BRETIN.	MM. ARLOING (F.).	MM. THEVENOT (L.).
COMMANDEUR.	LERICHE.	GUILLEMARD	PIERY.
NEVEU-LEMAIRE.	THEVENOT (L.).	POLICARD.	COTTE.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
VORON.	CADE.	SAVY.	BONNAMOUR.
NOGIER.	MOURIQUAND.	FROMENT.	chargé des fonctions.
LATARJET.			SARVONAT.
			chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROCHET, Président; M. LERICHE, Assesseur;
MM. THEVENOT (Léon) et COTTE agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de mon tendre
respect et de ma profonde reconnais-
sance.

A MES FRÈRES ET A MA SOEUR

En témoignage de la tendre affection
qui nous unit tous.

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Professeur de Clinique à l'Hôpital Saint-Pothin

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Monsieur le Docteur GAYET,
Monsieur le Professeur NOVÉ-JOSSERAND,
Le regretté Professeur JABOULAY,
Monsieur le Professeur ROCHET,
Monsieur le Docteur ALBERTIN,
Monsieur le Professeur LANNOIS,
Monsieur le Docteur BÉRIEL.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE SAINT-ETIENNE

Monsieur le Docteur MARTEL,
Monsieur le Docteur BÉRARD,
Monsieur le Docteur BLANC,
Monsieur le Docteur MULLER,
Monsieur le Docteur DESCOS,
Monsieur le Docteur MONTAGNON,
Monsieur le Docteur DUCHAMP,
Monsieur le Docteur DUJOL,
Monsieur le Docteur VIANNAY.

AVANT-PROPOS

Ce travail nous a été inspiré par M. le Docteur Thévenot qui, par ses conseils précieux, a dans une large mesure facilité notre tâche. Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici nos sentiments de vive gratitude pour la bienveillance avec laquelle il a accueilli nos démarches.

Nous tenons aussi à adresser un hommage reconnaissant à nos maîtres dans les hôpitaux de Lyon et de Saint-Etienne, c'est grâce à leur enseignement de chaque jour, au lit du malade, que se fit notre éducation médicale.

A nos débuts, M. le Docteur Bériel fut pour nous plus qu'un maître. Nous n'oublierons pas le semestre d'internat passé dans le pavillon des nerveux. Qu'il nous soit permis de le remercier sincèrement de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous sommes particulièrement heureux d'avoir été l'élève de M. le Professeur Nové-Josserand. Non seulement nous nous souviendrons toujours de ses cliniques si appréciées de chirurgie infantile, mais nous lui devons une dette infinie pour son talent chirurgical dont nous avons pu profiter.

Nous n'avons eu également qu'à nous louer d'avoir choisi pendant le cours de notre externat les services

de MM. les Professeurs Rochet et Lannois, de MM. les Docteurs Albertin, Gayet, Laroyenne. Leurs leçons nous guideront toujours pendant notre carrière médicale.

Dès notre arrivée à Saint-Etienne, MM. les Docteurs Martel et Bérard nous réservaient le plus bienveillant accueil ; certainement le semestre passé dans leur service comptera parmi les meilleurs de notre internat.

Le Docteur Descos fut pour nous un maître des plus distingués ; ses excellentes leçons nous guideront toujours dans notre carrière médicale.

Nos remerciements vont tout spécialement à M. le Docteur Blanc. Pendant ces quatre années de guerre passées à ses côtés, nous avons largement profité de sa grande expérience. C'est près de lui que nous nous sommes familiarisé avec l'art opératoire et bien souvent plus tard nous serons heureux d'avoir recueilli ses sages conseils.

Nous garderons également un excellent souvenir de MM. les Docteurs Duchamp, Müller, Viannay et Montagnon, dont nous avons souvent profité de leurs bonnes leçons.

Notre ami le Docteur Dujol nous a initié à l'art obstétrical. Nous l'assurons de toute notre reconnaissance.

Nous ne pouvons oublier les personnes qui s'intéressèrent à nous au cours de nos études. Bien souvent, dans des moments difficiles, elles nous ont prêté aide et réconfort. Qu'elles reçoivent le témoignage de notre respectueux attachement.

Et maintenant que nous avons affirmé notre dette de reconnaissance envers tous ceux qui nous instruisirent dans cet art si difficile de la médecine, ce n'est pas sans un certain sentiment de mélancolie que nous contemplons, épars sur notre table, les feuillets du manuscrit qui sera notre thèse, car c'est la fin de notre vie d'étudiant qu'avec ces dernières lignes nous avons tracée.

Les quelques amis que nous avons eus nous ont toujours montré un attachement qui n'a jamais faibli. Avec eux nous avons vécu les meilleurs instants de cette jeunesse à laquelle nous disons enfin un dernier adieu.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les plaies de guerre de la prostate se présentent à nous dans des conditions bien différentes : les unes sont dues à des projectiles qui, animés d'une force vive, n'ont fait que traverser la glande en produisant dans leur course soit des délabrements de l'urèthre, soit des perforations vésicales et intestinales et ces lésions seules attirent l'attention du chirurgien ; les autres au contraire, sont dues à des projectiles qui, n'ayant pas une force de pénétration assez grande, étant pour ainsi dire à bout de leur course, restent inclus dans le tissu prostatique.

Ce sont ces dernières seules qui font l'objet de notre travail.

Peu nombreux sont les auteurs qui ont parlé des plaies de la prostate, la plupart sont muets sur ce point.

Velpeau, le premier, a écrit sur les plaies prostatiques et a montré rapidement leurs signes.

Vidal, de Cassis, dans son traité de pathologie externe, en 1855, retrace la description de Velpeau.

Beraud, en 1856, dans sa thèse d'agrégation sur les maladies de la prostate, traite des plaies de cet organe et en fait un tableau que l'on a souvent retracé.

Dans la plupart des ouvrages classiques, il n'y a qu'un

chapitre très court sur les plaies de la prostate, dans lequel on signale qu'un projectile peut s'arrêter dans l'épaisseur de cette glande.

Avant la guerre de 1870, il est probable que des blessés ont eu des projectiles dans la prostate, mais Larrey avait remarqué que les blessures prostatiques étaient toujours mortelles. L'infection et l'hémorragie emportaient les blessés sans qu'il pût les observer et savoir s'ils avaient ou non un corps étranger dans la glande. Nous sommes arrivés à la guerre actuelle avec seulement deux cas nettement individualisés.

Redard, dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1872, a publié la première observation de corps étranger de la prostate consécutif à une blessure de guerre. Ce cas est connu sous le nom de cas de Ricord, parce que c'est ce dernier qui a enlevé le projectile.

Otis, en 1876, dans l'histoire médico-chirurgicale de la guerre de sécession, publie le second cas de corps étranger intra-prostatique.

Au cours de cette dernière guerre, plusieurs autres cas ont été publiés, mais le plus grand nombre n'ont pas été étudiés ou suivis. Sans doute, un certain nombre de chirurgiens ont dû réunir des observations qu'ils se proposent de faire connaître dans un temps plus opportun et c'est ce qui explique, selon nous, pourquoi il est si peu parlé de ces cas dans les journaux médicaux publiés depuis le début de la guerre.

Aussi notre travail n'a pas la prétention d'être une monographie complète de ce genre de blessures. En supposant que nous connaissions tous les cas français,

et nous en sommes peut-être loin, nous ignorons ce qui s'est passé chez nos alliés, à plus forte raison chez nos ennemis.

Nous nous sommes efforcés de réunir dans cet ouvrage le plus grand nombre d'observations qui ont été publiées ou relatées jusqu'à ce jour. Leur lecture montrera l'extrême variabilité des symptômes des projectiles inclus dans la prostate et la nécessité d'un diagnostic précoce pour un traitement chirurgical approprié.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (REDARD. *Gazette des Hôpitaux*, 1872).

Le nommé B., soldat du train, se présenta le 23 mars à l'ambulance de Longchamp, pour une blessure qu'il venait de recevoir au moment où il chargeait des sacs d'avoine sur une voiture ; son corps se trouvait dans la demi-flexion.

La balle qui l'a frappé a pénétré dans la région fessière, un peu en arrière du grand trochanter. Le blessé ne perçut pas d'abord une grande douleur, l'hémorragie était nulle et il put même marcher pendant quelque temps.

Voici ce qui fut constaté à son entrée dans l'ambulance : B... ne semblait pas très effrayé de sa blessure, l'hémorragie était nulle et la température était presque normale, le pouls était normal. L'ouverture d'entrée de la balle est à quelques centimètres en arrière du grand trochanter, elle continue par un trajet fistuleux très sinueux, remontant de haut en bas dans la direction de la vessie. Un stylet, introduit très profondément, ne donne aucune notion utile et il est impossible de se rendre compte de la profondeur du trajet et par conséquent des désordres que la balle peut avoir produits en cheminant à travers des organes aussi importants que ceux vers lesquels elle semblait s'être dirigée. On fait uriner immédiatement le malade et on constate un signe de fâcheux augure, la présence du sang dans les urines. Il y a en outre un peu de rétention d'urine, une douleur recto-prostatique très vive et un sentiment de pesanteur vers le rectum. Les selles sont régulières et ne présentent rien d'anormal.

En pratiquant le toucher rectal au niveau de la prostate, on reconnaît l'existence d'une tumeur dure, très résistante, et l'on éprouve exactement la sensation perçue l'orsqu'il existe une

hypertrophie prostatique, avec cette différence que la résistance rencontrée présente la sensation de dureté métallique. C'était là qu'était évidemment la balle, en partie surtout sur la ligne médiane. Il s'agissait de l'extraire. L'extraction a été faite le 28 mai, par Ricard. Voici de quelle manière :

Ce chirurgien s'est servi d'un bistouri à lame cachée qu'il a pu ainsi porter à convert jusque sur le point à inciser et diriger dans le rectum. L'incision fut faite sur la ligne médiane de la cloison recto-prostatique, afin d'éviter les gros troncs vasculaires. La balle fut dès lors mise à nu, et après quelques tentatives assez laborieuses, elle put être saisie avec les pincés.

Le malade éprouva sur le champ un soulagement très marqué, l'hémorragie par le rectum fut nulle. On prescrivit des lavements émollients.

Le lendemain les urines ne contenaient plus aucune trace de sang, l'ouverture d'entrée donne issue à une quantité assez considérable de pus de bonne nature ; on prévoit que l'os iliaque a pu être fracturé, mais ce fait ne peut être constaté d'une façon directe. Une certaine quantité de matières fécales s'écoule aussi par cette ouverture. Le malade a de la diarrhée. De grandes irrigations sont pratiquées matin et soir dans le trajet fistuleux et des lavements émollients sont administrés.

Le jour suivant, il existe un peu de fièvre ; la température est 38°3. Les selles sont diarrhéiques, pas de sang dans les urines. Les matières fécales s'écoulent par la plaie.

Bientôt (6 jours après), un mieux marqué se produit. Les matières fécales ne s'écoulent plus par la plaie ; la suppuration est toujours très abondante ; la diarrhée continue ; cependant les urines sont normales, l'appétit est excellent.

Au bout d'une vingtaine de jours environ, le malade ayant exprimé le désir de retourner au camp, est autorisé à quitter l'ambulance.

Quelques jours après sa rentrée au camp, M. Redard étant allé le visiter, est douloureusement surpris de voir que le pus s'écoule encore en grande quantité par l'ouverture extérieure et

qu'une partie fuse même le long des muscles de la cuisse.

Le malade en paraît considérablement affaibli ; son appétit est en partie perdu.

En présence de ces accidents, M. Redard place la cuisse dans la demi-flexion et la fixe à l'aide d'un bandage ouaté assez épais, de façon que le coton, pressant et comprimant les interstices musculaires, empêche le pus de s'accumuler vers les parties déclives.

Malgré ces précautions, il ne tarde pas à se former une tuméfaction assez volumineuse dans l'aîne gauche, tuméfaction dure d'abord et qui devint bientôt fluctuante. Il fallut ouvrir cet abcès qui avait décollé les muscles dans une étendue assez considérable.

Il n'y avait, d'ailleurs, aucune communication entre l'ouverture externe (ouverture d'entrée de la balle) et l'ouverture artificielle pratiquée pour l'écoulement du pus. L'ouverture d'entrée de la balle était, en outre, notablement agrandie et on put alors, en introduisant le doigt très profondément de bas en haut, constater une fracture de l'os iliaque qui semblait, comme dans la plupart des cas de ce genre, du reste, être régulière et à emporte-pièce, l'index s'engageant dans une excavation osseuse parfaitement limitée.

A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux ; la diarrhée cesse, la suppuration diminue. Le trajet fistuleux bourgeonne et la prolifération s'empare à son tour des parois de l'abcès qui s'accolent. Il n'existe plus bientôt qu'une suppuration abondante par l'ouverture d'entrée de la balle ; l'appétit redevient excellent et le malade marche à grands pas vers sa guérison, mais il reste une émaciation et une atrophie excessives de tout le membre inférieur, avec persistance, toutefois, des mouvements. Malgré une petite vérole que le blessé a eu à subir intercurrentement, la guérison a marché rapidement.

OBSERVATION II (OTIS).

F..., sergent, était blessé à Fair-Oaker le 31 mai 1862 et était admis à l'hôpital de Douglas le 4 juin. Le chirurgien

Warren Webster rapporta qu'une balle, entrée par la partie postérieure de la cuisse, deux pouces au-dessous de la partie inférieure du sacrum et trois pouces à droite de la ligne médiane, se dirigea en avant et en dedans, apparemment à travers la petite échancrure sciatique, et s'incrusta dans le col de la vessie ou dans la portion prostatique de l'urèthre.

La sonde, introduite dans la vessie, vint en contact avec la balle près du col de la vessie. De l'eau injectée dans la vessie passa à travers la blessure.

L'urine, ayant une odeur fétide et purulente, était évacuée par le moyen d'une sonde.

Le 12 juin, une hémorragie de l'urèthre, vraisemblablement veineuse, se produisit dans l'après-midi et un quart de sang fut perdu. La glace est appliquée sur le périnée jusqu'à ce que l'hémorragie cesse. Une pilule contenant un demi-grain d'opium et trois grains de sucre de plomb est donnée chaque deux heures.

Le 14 juin, l'hémorragie n'est pas veineuse et le malade urine sans difficulté. Il y a encore une décharge fétide de pus et d'urine par la blessure et il souffre davantage en urinant.

Le 15 juin, l'hémorragie de la blessure se produisit de nouveau en quantité d'un quart.

Le malade a saigné plusieurs fois depuis le 15 juin, toujours par la blessure.

Il mourut le 17 juin, à 11 heures.

L'autopsie, dix heures après la mort, montra que la balle avait passé en dedans, fracturant l'épine de l'ischion, brisant le petit ligament sacro-sciatique, blessant l'artère honteuse interne et était incrustée dans la prostate.

OBSERVATION III (Professeur ROCHET).

(Centre urologique de la XIV^e région).

J... E..., du 5^e bataillon de chasseurs, est blessé à Metzeral, le 16 juin 1915, par des éclats de grenade. Il eut des plaies

multiples et, en particulier, une plaie de la fesse droite. Il fit immédiatement des accidents infectieux, un phlegmon de la cavité de Retzius, qui fut incisé par l'hypogastre et dans la région ischiatique droite. Après l'intervention, de l'urine s'écoulait par les deux plaies. Pour modifier cette situation, on tenta de mettre à demeure une sonde urétrale, mais on ne put arriver à introduire une sonde. Les fistules se fermèrent ensuite progressivement et le malade fut envoyé en convalescence.

Il revint au Centre urologique le 4 septembre 1916 parce qu'il avait des urines louches, des mictions un peu fréquentes et légèrement douloureuses à la fin. L'exploration de l'urètre montre que tous les explorateurs sont arrêtés dans l'urètre profond.

Le cathétérisme sur conducteur permet de constater, au niveau de la prostate, une sensation de frottement rugueux et une sonde métallique n° 15 donne nettement la sensation d'un corps étranger rugueux.

Le toucher rectal montre une prostate normale. Rien aux reins ou aux organes génitaux.

La radiographie indique en arrière de la symphyse un éclat de forme rectangulaire.

Le 2 décembre 1916, le Dr Boulonneix, assistant du Professeur Rochet, intervient par la voie périnéale. Une incision bi-ischiatique curviligne permet d'aborder le bec de la prostate et d'inciser l'urètre à ce niveau. L'index introduit dans l'urètre prostatique ne révèle rien d'anormal. C'est que l'éclat, au cours des manœuvres opératoires, est tombé dans la vessie d'où on l'extrait facilement avec une tenette courbe. Sonde urétrale à demeure pendant deux jours. On l'enlève parce qu'elle détermine un peu de température. Le quatorzième jour, le blessé urine entièrement par la verge; la plaie opératoire est en bonne voie de cicatrisation.

OBSERVATION IV (Professeur ROCHET).

(Centre urologique de la XIV^e région).

R... R..., N^o régiment d'artillerie, est blessé le 16 avril 1917, au Chemin-des-Dames, par un éclat d'obus qui pénètre dans la fesse droite, à trois travers de doigt en arrière du trochanter. Le blessé a fait à pied 1,500 mètres pour rejoindre le poste de secours. La plaie a saigné beaucoup, mais le blessé n'a pas remarqué avoir eu des hématuries.

La plaie fut débridée à l'ambulance de C... et le blessé évacué sur l'intérieur; il urinait normalement. Ce blessé fut dirigé sur un hôpital de Lyon; il y arrivait le 9 mai 1917 et sa plaie achevait de s'y cicatriser. Mais une radiographie faite le 26 mai 1917 montra la présence d'un projectile intra-pelvien se projetant au niveau de l'extrémité interne de l'arcade du Fallope.

Un nouvel examen radiographique le localisa dans la prostate et au contact de celle-ci, à 2 centimètres en avant d'une sonde métallique intra-urétrale.

Le cathétérisme de l'urèthre avec un explorateur n'indiqua pas nettement la présence d'un éclat métallique dans l'urèthre profond; la traversée de la prostate est néanmoins délicate, l'explorateur accroche un peu, mais ne donne pas la sensation d'un corps dur. Le toucher rectal fait constater que les deux lobes prostatiques sont très développés, le droit peut-être un peu plus que le gauche, et que la pression, à son niveau, est un peu douloureuse.

Le blessé fut opéré par le Professeur Rochet le 15 décembre 1917; une incision sus-pubienne arquée, après écartement des grands droits et désinsertion au bistouri des ligaments pubo-vésicaux, conduisit sur la prostate qui fut libérée. La paroi antérieure de la vessie fut ouverte longitudinalement au cours de ces manœuvres et refermée par sept ou huit points. L'éclat d'obus, du poids de 6 à 8 grammes, était encastré dans une loge

à cheval sur le bord inférieur du pubis ; il fut enlevé sans difficulté. Une sonde à demeure fut laissée en place. Les suites opératoires furent simples. La cicatrisation se fit sans incidents.

OBSERVATION V (Professeur POUSSON).

(Centre urologique de la XVII^e région).

B... Alexandre, 32 ans, du ...^e régiment d'infanterie est blessé le 11 août 1915 par une balle de fusil, au niveau du pli inguinal gauche. La plaie se ferme rapidement sans fistule urinaire, mais pendant son séjour dans une formation sanitaire de Bourges, il est pris de rétention et on est obligé de le sonder.

A son entrée à l'hôpital complémentaire n° 19 dans le service d'urologie, le 7 avril 1916, c'est-à-dire 8 mois après sa blessure, il se plaint d'un unique symptôme, à savoir l'impossibilité absolue d'uriner dans la position verticale ; pour ce faire, il est obligé de s'étendre horizontalement. Urines claires, bon état général.

L'exploration de l'urèthre, avec un explorateur olivaire n° 20, fait percevoir nettement l'existence d'un corps étranger dur, un peu rugueux, dans la traversée de l'urèthre prostatique, mais la boule de l'explorateur se dégage bien dans la vessie. Un explorateur métallique révèle la nature du corps étranger en donnant la sensation du métal. Le bec de cet explorateur ne fait constater aucun corps étranger dans la vessie, mais pendant qu'on fait ces recherches, on sent le frottement métallique sur la tige de l'explorateur, au niveau de l'urèthre prostatique.

Le toucher rectal révèle que la prostate est augmentée de volume, non douloureuse, mais lorsqu'on presse sur la partie médiane, le malade accuse une sensibilité assez vive.

La radiographie fait voir un corps allongé, en forme de balle, orienté de haut en bas et se projetant juste au niveau de la symphyse pubienne.

Le 20 avril, l'extraction de ce projectile est pratiquée sous ma direction par mon aide-major Texier.

Taille hypogastrique. — L'index introduit dans le col, qui se laisse assez facilement dilater, jusqu'à trois centimètres et demi, on sent vaguement un corps dur, les sensations étant atténuées par le gant de caoutchouc. Une pince longuette est introduite le long du doigt dans l'urèthre, on sent la balle glisser entre les mors de la pince et s'échapper. Un deuxième essai est plus fructueux; on arrive à saisir la balle et on croit l'attirer au dehors de la vessie. Il n'y a rien entre les mors, la balle étant tombée dans le bas-fond de la vessie d'où on l'a retirée facilement. Drainage de la vessie par le tube Guyon-Perrier. Suites des plus simples. Au huitième jour, on enlève le tube hypogastrique et on le remplace par une sonde uréthrale. Cette sonde est supprimée le 26 mai. Le blessé est à cette date complètement guéri.

OBSERVATION IV (Professeur Pousson).

(Centre urologique de la XVII^e région).

R... Alfred, 26 ans, du ...^e régiment colonial est blessé, le 8 août 1916, à la L..., par un éclat d'obus produisant une large plaie de la fesse droite. Après passage dans deux hôpitaux, il arrive le 11 septembre 1916 à l'hôpital complémentaire n° 45, à Saint-André-de-Cubzac, complètement cicatrisé de sa blessure, mais conservant à la partie moyenne de la fesse une fistule ordinaire. Son exploration au stylet conduit vers le périnée. L'urine ne s'écoule par cette fistule qu'au moment des mictions; elle est trouble, mélangée de filaments purulents.

Le 9 février 1917, c'est-à-dire 7 mois après sa blessure, R... est évacué sur le service d'urologie (hôpital auxiliaire n° 214, salle Roux).

A son arrivée, la fistule laisse toujours sortir l'urine au moment des mictions, celles-ci sont douloureuses, mais les urines sont claires. L'urèthre est libre. L'explorateur olivaire ou l'explorateur métallique ne font percevoir rien d'anormal à leur passage dans l'urèthre prostatique.

Le toucher rectal fait découvrir une prostate qui paraît petite, mais au niveau de son lobe droit, il existe une saillie indurée légèrement arrondie, douloureuse à la pression et qui donne l'impression d'un corps métallique inclus dans le tissu prostatique.

La radiographie décèle l'existence d'un éclat d'obus dans la région périnéale.

Le 16 mars, j'extrais le corps étranger par le périnée qui est incisé transversalement comme dans la prostatectomie périnéale. Le rectum décollé et la face de la prostate bien mise à nu, après avoir repéré avec le doigt l'éclat d'obus, j'incise à son niveau le tissu de la glande et en m'aidant de l'extrémité de l'index, de la sonde cannelée, du davier, j'extrais, non sans difficulté, tant sont solides les adhérences des tissus au métal, un éclat d'obus de la grosseur d'un bouton de capote.

Sonde à demeure dans le canal sortant par le méat. Tamponnement de la plaie périnéale.

Guérison en 6 semaines.

OBSERVATION VII (Médecin inspecteur JACOB).

Le sergent R..., du ...^e d'infanterie, avait été grièvement blessé le 27 mai 1916, en Alsace : plaies multiples de la face, de la région lombaire, de la région fessière gauche, par éclats d'obus, avec fracture du sacrum et de la dernière lombaire et lésion légère de la queue de cheval. Le malade entra dans mon service le 24 octobre 1916, à peu près guéri de ses graves blessures, mais se plaignant encore de troubles vésicaux (dysurie, douleurs, pesanteur, urines troubles). Un gros projectile, visible à la radiographie derrière la symphyse pubienne, dans le bassin, n'a pas été extrait et détermine certainement les troubles accusés par le malade. De fait, le toucher rectal permet de percevoir le corps étranger dans le lobe gauche de la prostate. Il semble si près de la paroi rectale que je me décide à l'opérer, le 5 novembre 1916, par la voie périnéale en décollant le rectum de l'urèthre et de la prostate. Mais quand j'arrive

sur la prostate, le projectile n'est plus perceptible. J'en conclus qu'il a dû pénétrer dans l'urèthre ou la vessie. Le cathétérisme donne, en effet, le contact métallique et confirme le diagnostic. Je pratique immédiatement la taille hypogastrique. Le corps étranger n'est pas dans la cavité vésicale; mais je sens nettement, avec le doigt introduit dans la vessie, et je vois avec le miroir frontal, sa pointe faisant saillie au travers du col. Les tentatives d'extraction avec une pince ne donnent aucun résultat. Il faut dilater le col et, à ce moment seulement, l'éclat d'obus peut être enlevé: il a les dimensions de la dernière phalange de l'index, ses bords sont irréguliers, tranchants.

Les suites opératoires ont été bonnes et le blessé quitte l'hôpital le 18 janvier 1917, guéri.

Chez ce malade, le corps étranger s'était arrêté dans le lobe gauche de la prostate. Au cours des manœuvres opératoires, il a dû déchirer la muqueuse uréthrale et pénétrer dans l'urèthre prostatique. Le cathétérisme, pratiqué avant l'opération, n'avait jamais donné la sensation du corps étranger.

OBSERVATION VIII (V. COMBIER et J. MURARD).

Ch., 34 ans, blessé le 24 avril 1916. Large plaie de la région sacrée par éclat d'obus. La dernière vertèbre sacrée est en partie détruite; on aperçoit par la plaie une grosse déchirure de la paroi postérieure du rectum; le toucher constate une perforation de la paroi antérieure à 4 centimètres de l'anus.

Un vomissement; légère contracture de l'abdomen, qui est douloureux, mais sans signes vrais de pénétration.

Opération trois heures et demie après la blessure. Éthérisation; incision iliaque gauche par dissociation; vérification du ventre, qui ne contient rien; extériorisation de l'S iliaque; transfixion du méso par une mèche. Nettoyage de la plaie sacrée, ablation des esquilles libres, pansement à l'éther.

Le lendemain, le blessé accuse de la douleur le long de l'urèthre.

Le 26 avril, ouverture de l'anse. Par la plaie sacrée on

passé un drain qui ressort par l'anus. Lavages à travers ce drain à l'eau oxygénée et au sérum.

La plaie se déterge peu à peu ; l'anus iliaque fonctionne bien, mais les douleurs persistent le long de l'urèthre. Mictions fréquentes, urines claires. A partir du 29, sensation de tension dans le périnée.

Le 30 avril, on cesse les lavages et l'on supprime le drain ; la plaie a bon aspect.

Les douleurs le long de l'urèthre augmentent et irradient dans les bourses et vers le gland ; apparition d'une orchite à droite. La déchirure postérieure se comble ; le toucher est très douloureux, surtout du côté de la paroi antérieure ; le périnée est sensible, mais non tuméfié.

Le 7 mai, la radiographie, qui n'avait pu être faite plus tôt, montre un éclat de la grosseur d'un gros haricot, entre le rectum et l'urèthre, derrière la symphyse du pubis.

Le 8 mai, éthérisation ; taille périnéale classique, mais difficile à cause de l'adhérence du rectum dont la paroi antérieure porte encore une perforation du diamètre d'une pièce de 50 centimes en regard de la prostate. Incision de la face postérieure du lobe droit de la glande ; l'éclat y est inclus au milieu d'une petite poche contenant quelques gouttes de pus : tamponnement. Une sonde passe facilement dans l'urèthre qui est intact. On profite de l'anesthésie pour explorer la plaie sacrée ; la paroi rectale semble complètement réparée ; on régularise à la pince-gouge le sacrum dénudé sur quelques millimètres ; tamponnement.

A partir du lendemain, les douleurs s'amendent et l'orchite rétrocede.

Le 21 mai, le blessé fut évacué sur Paris ; il entra dans le service du D^r Riche, à l'hôpital Tenon.

OBSERVATION IX (D^r SANTY).

S... Baptiste, brancardier au 328^e infanterie. Amené le 23 avril 1917, à l'ambulance 6/vii, porteur d'une plaie pénétrante de la fosse iliaque gauche par éclat d'obus,

Hématuries abondantes, grosse réaction abdominale, contraction de la paroi, vomissement alimentaire, bon état général, pouls à 100.

Laparatomie 1 h. 50 après la blessure (D^r P. Santy). La vessie apparaît distendue, de coloration ecchymotique. On trouve sur sa face antéro-latérale gauche une perforation du diamètre d'une pièce de 1 franc qui laisse échapper dans le péritoine des caillots et du sang.

On pratique, en partant de la perforation, une taille vésicale antérieure qui, après évacuation des caillots permet de constater que la source de l'hémorragie est le plancher vésical qui est le siège au niveau du trigone, à droite de la ligne médiane, d'une perforation du même diamètre que l'orifice d'entrée.

L'exploration au doigt de cette nouvelle plaie conduit dans la prostate, d'où on parvient à extraire, après quelques manœuvres digitales de libération, l'éclat d'obus, du volume d'une noisette, logé à un bon centimètre de profondeur dans la glande. L'extraction est suivie d'une forte hémorragie que l'on arrête par tamponnement.

L'examen du péritoine, en dehors d'un hémopéritoine assez abondant, permet de trouver une anse grêle presque entièrement sectionnée qui est réséquée et anastomosée bout à bout au bouton de Jaboulay. On trouve en outre une perforation de moindre diamètre qui est suturée.

Le péritoine est entièrement refermé en extériorisant la taille vésicale occupant la place de la perforation intra-péritonéale ainsi abouchée à la peau.

Deux drains sont placés dans cette cystostomie et une sonde est mise à demeure dans l'urèthre.

26 avril 1917. — Suites immédiates simples, lavages très fréquents à l'eau bouillie chaude par les drains. Dès le troisième jour, le suintement hémorragique a disparu.

27 avril. — L'état général et l'état local sont très satisfaisants.

8 mai. — Le blessé est évacué sur une formation d'armée

voisine, d'où il est à nouveau envoyé sur l'intérieur au bout d'un mois, en excellent état, la cystostomie réduite à une toute petite fistule, mais non encore fermée.

OBSERVATION X (D^r LECÈNE)

Soldat blessé le 23 juin 1917 par un éclat d'obus entré par la fesse droite. Pas de rétention d'urine, mais hématurie persistante, peu abondante. On ne sent pas le projectile par le toucher rectal, mais on provoque une douleur assez vive un peu à droite de la ligne médiane, vers le bas-fond vésical. A la radiographie, le projectile se projette en arrière de la symphyse pubienne, un peu à droite de la ligne médiane. Une cystostomie sus-pubienne permet d'effondrer la base de la prostate et d'enlever un projectile de la grosseur d'un dé. Le blessé était guéri un mois après.

A la Société de Chirurgie de Paris (31 octobre 1917), Marion signala qu'il avait enlevé par la voie sus-pubienne un shrapnell inclus dans la paroi antérieure de l'urèthre prostatique.

Le professeur Vallas, au cours de la discussion, dit avoir vu, lui aussi, un projectile inclus dans la prostate.

Ces deux derniers cas n'ont pas été publiés.

ETIOLOGIE. PHYSIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il est superflu d'insister sur la rareté de ces cas. Le nombre d'observations que nous possédons est suffisamment éloquent.

Les dimensions de la prostate, sa situation à la partie inférieure de la cavité pelvienne sont suffisantes pour expliquer combien son atteinte est peu fréquente. De plus, sa blessure s'accompagne quelquefois de tels désordres du côté des organes abdominaux ou pelviens qu'elle passe complètement inaperçue.

Le tissu même de la prostate qui est ferme, sa limitation par des plans fibreux très résistants en arrière et latéralement, mais surtout la vitesse réduite du projectile sont, pour ainsi dire, uniquement en cause pour expliquer son arrêt dans la prostate.

Théoriquement, le projectile qui se loge dans la prostate peut l'atteindre par trois voies : une voie haute, sus-pubienne et abdominale ; une voie basse qui peut-être crurale, fessière ou périnéale ; une voie intermédiaire à travers la ceinture pelvienne.

La voie sus-subienne est signalée rarement ; le projectile peut passer vers la ligne médiane au-dessus de la symphyse pubienne et gagner directement la prostate, ou bien pénétrer par la voie abdominale ; chez le premier des deux blessés du professeur Pousson

(obs. V), le projectile est entré par la voie abdominale près du pli inguinal gauche et, sans toucher le péritoine, le blessé étant certainement penché en avant, s'est enfoncé vers le centre de l'excavation pelvienne et s'est fixé dans la prostate ; chez le malade Santy (obs. IX), la plaie d'entrée est située vers la fosse iliaque gauche et le projectile, après avoir sectionné presque en entier une anse grêle et perforé latéralement comme à l'emporte-pièce le bas-fond vésical, est venu également se loger dans la prostate.

La voie basse est celle qui est suivie le plus fréquemment : dans le cas d'Otis, le projectile est entré par la cuisse droite, mais cette voie crurale paraît rare.

Rare aussi est la voie périnéale ; cependant, lorsqu'un sujet est penché en avant, rien ne s'oppose à ce qu'un éclat pénètre par le périnée pour se loger dans la prostate.

La voie qui paraît de beaucoup la plus fréquente, celle qui est notée le plus grand nombre de fois dans nos observations, est la voie fessière.

Enfin, le projectile peut atteindre la prostate en fracturant la ceinture pelvienne. Chez le blessé de Ricord, la balle entra également par la fesse et paraît avoir fracturé l'os iliaque. D'autres fois, l'agent vulnérant a son orifice d'entrée plus près de la ligne médiane et, pour gagner la prostate, est obligé de fracturer le sacrum et de perforer le rectum. Il en était ainsi chez le blessé de Combier et Murard.

Nous sommes peu renseignés sur l'anatomie pathologique du projectile inclus dans la prostate ; il semble

que le tissu glandulaire a une tendance à se cicatriser spontanément et dans plusieurs cas cette cicatrisation était complète lorsque le chirurgien était intervenu. Nous pensons même que le projectile pourrait être toléré très longtemps, tout au moins sans produire des troubles graves, si ce n'est de grandes douleurs.

Dans la prostate, le projectile peut se placer dans diverses positions.

Les observations que nous avons pu recueillir nous en montrent deux. Tout d'abord, le projectile peut faire saillie dans l'urèthre ou dans le col vésical (obs. III, V). Dans l'autre cas, le projectile est inclus dans la prostate, logé dans une cavité ouverte d'un côté, à l'extérieur, par le trajet du projectile ; de l'autre, dans le canal urinaire.

Nous constatons alors que la prostate est augmentée de volume, arrondie et dure surtout au niveau du projectile. Au moment de la blessure et les jours suivants, on peut observer un hématome périglandulaire qui coïncide avec un hématome intraglandulaire. Quelquefois, au lieu de ces hématomes, se produisent des hémorragies qui peuvent être considérables.

SYMPTOMATOLOGIE

Les projectiles inclus dans la prostate ne donnent pas de signes propres et leur symptomatologie varie suivant leur position ; elle passe même au second plan si d'autres organes sont blessés.

Le plus souvent, l'attention est attirée du côté de l'appareil urinaire. Le blessé qui présente une blessure, généralement à orifice fessier, ressent une douleur au niveau du bas-ventre, de la pesanteur dans le périnée. La miction est difficile. Quelquefois même, elle est impossible, on est alors amené à sonder le blessé et la sonde, qui passe difficilement en provoquant une douleur vive, ramène des urines sanglantes.

L'urine peut passer par la plaie ; en général, l'écoulement est intermittent et n'existe qu'au moment des mictions, ce qui indique que l'urèthre est intéressé.

Béraud a signalé l'écoulement de sperme et de liquide prostatique. Dans nos observations, nous n'avons pu rencontrer un fait semblable.

Quelquefois, la blessure guérit rapidement sans fistule, l'urine cessant bientôt de couler par la plaie. D'autres fois, s'établit une fistule urinaire qui dure plus ou moins longtemps, mais qui finit par guérir d'elle-même malgré la présence du projectile intra-prostatique.

La présence du projectile se manifeste alors par les symptômes suivants :

D'abord, ce sont des troubles de la miction : elle est difficile, parfois même il y a de la rétention absolue. Le blessé du professeur Pousson (Obs. V), après avoir eu des crises de rétention, ne pouvait uriner que dans la position couchée ; la miction debout était impossible, probablement parce que la balle faisait clapet en appuyant, par son poids, contre la paroi antérieure de l'urèthre et fermant ainsi la lumière du canal.

En plus de ce signe, on note des signes d'irritabilité vésicale se traduisant par des mictions douloureuses, fréquentes et suivies de ténésme,

L'état général est satisfaisant, il est entièrement sous la dépendance des complications infectieuses et des hémorragies qui peuvent se produire.

Vient-on à explorer le canal avec une sonde métallique, l'examen sensible au niveau de la région prostatique montrera l'urèthre libre dans certains cas ; dans d'autres cas, l'explorateur est arrêté par un corps étranger métallique et ne peut pénétrer dans la vessie (obs. III) ou bien l'explorateur passé en frottant contre un corps étranger qui est fixé dans la région du col. (Obs. IV et V).

Le toucher rectal est un mode d'examen aussi précieux que le précédent et il doit être fait dans toute lésion pelvienne susceptible d'intéresser la prostate. Sans doute, cet organe peut paraître normal, mais le plus souvent on constate que l'un des lobes est augmenté de volume ou qu'il est le siège d'un nodule induré. Une douleur nettement localisée, coïncidant ou non avec

l'existence de ce nodule, peut également révéler le point où s'est arrêté le projectile. On conçoit très bien d'ailleurs que suivant la profondeur à laquelle a pénétré le projectile, il puisse y avoir une sorte de balancement entre les signes fournis par l'exploration de l'urèthre et par celle du rectum, si bien que l'on pourrait distinguer deux types cliniques, un type urétral et un type rectal.

A ces divers symptômes s'ajoutent les renseignements fournis par la radiographie. Le blessé étant couché sur le dos, la radiographie sur une plaque horizontale montre le projectile en arrière de la symphyse pubienne, dépassant même un peu le bord supérieur, à droite ou à gauche de la ligne médiane. Il peut être localisé en profondeur par les méthodes habituellement employées pour la localisation des projectiles. On pourra avoir recours également à la mobilisation de la prostate par le doigt rectal sous radioscopie ; une sonde métallique introduite dans l'urèthre avant la prise du cliché sera un précieux repère. Par ces divers procédés on pourra donc localiser très facilement le projectile au niveau de la prostate.

COMPLICATIONS, ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Certaines complications peuvent survenir du fait de la présence d'un projectile inclus dans la prostate. Par suite d'une blessure même minime de l'urètre prostatique, il peut se produire une infiltration d'urine, une cellulite pelvienne avec tous ses signes caractéristiques et une tendance au sphacèle qui peut occasionner des hémorragies secondaires très graves. Cette filtration d'urine par le trajet du projectile est signalée seulement deux fois dans nos observations (Obs. III et VI). Elle n'a été que temporaire et a cessé spontanément chez le blessé de l'observation VI, mais elle peut suffire à diffuser des accidents infectieux, puisque le blessé de l'observation III fit un phlegmon de la cavité de Retzius qu'il fallut inciser par la voie sus-pubienne.

Les accidents infectieux diffus sont donc rares, il en est de même des infections locales. La prostate paraît être un mauvais terrain pour le développement des microbes apportés par le projectile, aucun cas d'abcès de la prostate n'a été signalé. Tout au plus fait-on mention de réaction locale se traduisant par des urines légèrement louches et rendant la prostate un peu douloureuse au toucher. Cependant, cette infection même minime peut remonter le long du canal déférent ou des

canaux lymphatiques et donner naissance à une orchite comme chez le blessé de Combier et Murard.

Demarquay a signalé, à la suite des plaies de la prostate, l'atrophie du testicule; cet accident, dû à la section du canal déférent, n'a pas été constaté dans nos observations.

Au cours de son trajet dans le bassin, le projectile ne rencontre le plus souvent aucun organe important. Cependant tous les organes contenus dans la cavité pelvienne peuvent être lésés. Chez le blessé de Combier et Murard, il y avait une plaie concomitante du rectum, chez le blessé de Santy une perforation de l'intestin et de la vessie. Le blessé d'Otis présentait, au huitième jour, des hémorragies qui l'emportèrent en cinq jours et l'autopsie montra une blessure de l'artère honteuse interne. Le blessé de Ricord présentait une fracture de l'os iliaque. D'ailleurs, toutes ces lésions tenaient la première place dans le tableau clinique; les plaies de la prostate dans ces cas n'étaient que d'un intérêt secondaire.

Les blessures des nerfs n'ont pas été signalées, mais elles peuvent parfaitement exister.

Nous voyons donc que le pronostic est intimement lié à la présence ou à l'évolution des complications. Si tout se passe comme dans la plupart de nos observations, le pronostic sera bénin, mais l'infection et l'hémorragie quand elles se produisent l'aggravent singulièrement, comme dans le cas d'Otis. Toutefois, l'intervention est nécessaire et doit être même précoce, car le blessé est toujours à la merci d'une infection vésico-urétrale ou péri-prostatique qui peut devenir sérieuse.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du projectile intra-prostatique pourra être fait rapidement. Au début, la rétention d'urine, les difficultés de la miction, des urines sanglantes, une fistule urinaire feront pratiquer un cathétérisme urétral. La sonde pénétrera alors difficilement dans la vessie en provoquant de la douleur au niveau de l'urèthre prostatique et lorsque le projectile fera saillie dans le canal, elle le butera et fera établir le diagnostic. Le toucher rectal viendra le confirmer.

Dans la suite, la présence des corps intra-prostatiques, se manifestant par des troubles de la miction, de l'irritabilité vésicale et quelquefois par de la pesanteur dans le périnée nécessitera un examen complet et le diagnostic en découlera.

Cependant, si l'irritabilité vésicale est très accentuée, on pourra songer à un corps étranger vésical incrusté dans la paroi au niveau du col, avec réaction inflammatoire péri-vésicale. Dans ce cas l'explorateur pourrait pénétrer facilement dans la vessie et le toucher rectal examinant la prostate permettra de faire le diagnostic.

Nous pouvons également songer à une simple blessure vésicale ou à une blessure urétrale ; mais l'exploration de l'urèthre nous indiquera que la lésion siège au niveau de la prostate, immédiatement à l'entrée de

la vessie, et la radiographie montrera que la blessure est compliquée de corps étranger.

Il peut arriver qu'on peut confondre le projectile intra-prostatique avec un projectile intra-vésical ou péri-prostatique, mais dans ce cas, le canal est libre, indolore et la radiographie par les procédés habituels de localisation indiquera s'il est en dehors ou dans la prostate.

Parfois, l'apparition de certaines complications peuvent égarer le diagnostic, une infection vésicale, par exemple, peut faire méconnaître la présence du projectile. Cependant ce diagnostic devra être précoce dans ces cas, puisque l'intervention qu'il entraîne est presque toujours urgente. Un examen complet seul peut éviter une pareille erreur.

TRAITEMENT

Le traitement est avant tout un traitement chirurgical.

Pour aborder le corps étranger, deux voies sont possibles : la voie haute avec cystostomie ; la voie basse avec incision de la taille, libération de la face postérieure de la glande et prostatotomie.

Ricord a employé la voie rectale pour débarrasser son blessé de la balle qu'il avait dans la prostate. Actuellement ce procédé est à rejeter, car il est aveugle et expose à l'infection.

Laquelle voie choisir alors ? Il semble que tout dépend du siège du projectile.

Si la balle fait saillie au niveau du col de la vessie et de l'urèthre, c'est par la taille hypogastrique que nous irons chercher la balle, comme dans les observations V et X. La vessie ouverte par la cystostomie sus-pubienne, l'opérateur ira reconnaître la balle que l'on libère doucement. Une pince courbe sera alors glissée le long du doigt explorateur et saisira le corps étranger que l'on extraira par un mouvement de traction et de bascule. On drainera pendant les premiers jours par un tube de Guyon-Perrier.

Si le projectile est senti par le toucher rectal, rien n'est plus simple que de l'aborder par le périnée, comme

dans les observations III et VI. La technique opératoire est la même que celle que l'on emploie chaque fois que l'on veut aborder la prostate. Le blessé étant dans le décubitus dorsal, les cuisses fléchies, le siège est relevé par un coussin volumineux, de telle sorte que le périnée regarde obliquement en haut ; après incision curviligne à concavité postérieure allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre ; et après décollement de l'espace prérectal, qui doit être poussé très haut, on a une vue large sur la face postérieure de la prostate. On incise cet organe au niveau du point induré, où se fait sentir la dureté métallique, on arrive par l'incision sur le corps étranger que l'on extrait avec une pince, on place une sonde à demeure et un drain périnéal.

Le traitement des complications devra toujours être rapide. On aura recours aux larges incisions pour l'infiltration d'urine, la ligature immédiate pour les plaies des vaisseaux. La blessure du rectum sera traitée en assurant l'écoulement des matières fécales par une sonde rectale, mais on pourra avoir recours à l'anus artificiel pour éviter l'infection comme chez le blessé de Combier et Murard. La perforation intestinale nécessitera une laparotomie d'urgence, comme chez le blessé de Santy.

CONCLUSIONS

I. — Les plaies de la prostate se traduisent :

Les unes par des traumatismes graves de l'urèthre, par des disjonctions uréthro-vésicales. La lésion urétrale préoccupe seul le chirurgien.

Les autres par des lésions de la prostate, sans ouverture de l'urèthre ou avec une lésion minime de cet organe. La lésion prostatique devient tout ; la lésion urétrale n'est qu'un accessoire. Des plaies de cet organe appellent presque exclusivement notre attention lorsqu'elles s'accompagnent de projectiles inclus dans la glande.

II. — Les projectiles inclus dans la prostate sont des faits rares. Douze cas seulement ont été signalés jusqu'à présent. Cette rareté s'explique par les faibles dimensions, la situation de la prostate et la vitesse réduite du projectile.

III. — Leur présence se manifeste le plus souvent par des troubles urinaires. Le cathétérisme de l'urèthre, le toucher rectal et la radiographie sont les principaux procédés pour en faire le diagnostic.

IV. — Le projectile peut atteindre la prostate par trois voies : une voie haute sus-pubienne ; une voie basse qui peut être crurale, fessière ou périnéale ; une voie intermédiaire à travers la ceinture pelvienne.

V. — Les complications sont rares, on a signalé toutefois les suivantes : infection, infiltration d'urine, perforations intestinales, hémorragies, blessure de l'urèthre, du rectum, etc.

VI. — Le traitement est avant tout un traitement chirurgical. Suivant la position du projectile, on aura recours, pour extraire celui-ci, à la voie haute avec cystostomie, ou à la voie basse avec incision de la taille.

VU :

Le Président de la Thèse,
ROCHET.

VU :

Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 28 août 1919.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
C. DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

DÉCHAMBRE. — *Dictionnaire*. Article : plaies de la prostate.

JACOUD. — *Dictionnaire*. Article : plaies de la prostate.

A. POUSSON. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*. (Octobre 1917).

A. POUSSON. — Précis des voies urinaires.

COMBIER et MURARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* (12 décembre 1917).

LECÉNE. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris* (9 janvier 1918).

REDARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1872, n° 14.

OTIS. — *Histoire médico-chirurgicale de la guerre de sécession*, parue en 1876.

CHENUT. — Contribution à l'étude des corps étrangers de la vessie et de la prostate consécutifs aux blessures de guerre.
Thèse de Bordeaux, 1917.

L. THÉVENOT. — *Bulletin médical*, 7 juin 1919.

BÉRAUD. — *Thèse d'agrégation*, 1856, sur les plaies de la prostate.
